



Centrum Edukacji, Rehabilitacji i Opieki „Helenów”
Ul. Hafciarska 80/86
Tel. 601 251 979
hipoterapia.helenow@gmail.com

Zgłoszenie uczestnictwa w zajęciach Hipoterapeutycznych/ Jazdy konnej

Imię i nazwisko uczestnika:

Data urodzenia:

Kontakt do rodziców/ opiekunów prawnych

Imię i nazwisko ojca/ opiekuna:

Nr telefonu:

Imię i nazwisko matki/ opiekunki:

Nr telefonu:

Osoby upoważnione do wglądu w dokumentację hipoterapeutyczną dziecka :

.....
.....
.....
.....

Uwagi opiekunów/ dodatkowe informacje o uczestniku zajęć

.....
.....
.....
.....
.....

Uczestnik biorący udział w zajęciach powinien być ubezpieczony od następstw nieszczęśliwych wypadków obejmującą hipoterapię/ jazdę konną

Imię i nazwisko (rodzica lub opiekuna prawnego) :

.....

Podpis

.....